Aus der Frauenklinik der Universität Göttingen.

# Zwei Fälle

von

# Haematoma vulvae et vaginae

während der Schwangerschaft

und nach der Geburt.

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

**Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe**

der

**Hohen medizinischen Fakultät der Georg-Augusts-Universität zu Göttingen**

vorgelegt von

**Paul Zimmermann**

aus Braunschweig.

Göttingen.

Druck der Univ.-Buchdruckerei von E. A. Huth.

1912.

Tag der mündlichen Prüfung: 26. Juli 1912.

Referent: Herr Prof. Dr. med. Ph. Jung.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548101_0167

Die Bildung eines Haematoms während der Schwangerschaft oder nach der Geburt gehört zu seltenen Erscheinungen in der Geburtshilfe. Trotzdem ereignete es sich, daß in der Königl. Universitätsfrauenklinik zu Göttingen innerhalb von fünf Monaten zwei Fälle zur Beobachtung kamen.

Im ersten Falle handelte es sich um das 26jährige Dienstmädchen M. L. aus Osterode am Harz. Am 17. 8. 1911 wurde dieselbe als Hausschwangere in die Königl. Universitätsklinik aufgenommen.

Sie will stets gesund gewesen sein. Die letzte Regel hat sie nach ihrer Angabe am 18. 2. 1911 gehabt. Sie ist zum ersten Male schwanger. Die Untersuchung am 19. 8. 1911 ergibt folgenden Status: Mittelgroßes (1,55 m) Mädchen in gutem Ernährungszustande. Herz und Lunge o. B. Geringes Ödem an den Beinen. Kein Exanthem. Varicen am rechten Oberschenkel, Anlage dazu links.

Äußere Beckenmaße.

Dist. Spin. 26.0.
Dist. Christ. 29.0.
Dist. Troch. 31.5.
Conj. Externa 20.0.

Brüste sind gut entwickelt, Warzen leicht faßbar. Auf Druck beiderseits Colostrum.

### Äußere Schwangerschaftsuntersuchung.

Leibesumfang: 88 cm. Fundus uteri etwas oberhalb des Nabels. Im Fundus ein runder ballotierender Teil, im übrigen sind kindliche Teile nicht zu fühlen. Kindliche Herztöne unter dem Nabel etwas nach rechts.

### Innere Untersuchung.

Scheideneingang eng. Scheide mittelweit. Portio zapfenförmig. Muttermund grübchenförmig, vorliegender Teil nicht zu fühlen. Promontorium nicht zu erreichen.

Die weitere Schwangerschaft verläuft ohne Beschwerden und Besonderheiten. Die Schwangere wird mit den üblichen leichten Arbeiten in der Klinik und Waschküche beschäftigt.

Am 2. 10. 1911 kommt sie mit der Angabe, daß sie am Mittage nach einem Fall in der Waschküche etwas aus den Geschlechtsteilen blute.

Die Untersuchung ergibt, daß aus der Vulva ein beinahe faustgroßer, glänzender Tumor heraushängt, der wie ein großes Blutcoagulum aussieht und mit einer dünnen Haut überzogen ist. An den Oberschenkeln und der Vulva ziemlich starke Varicenbildung. Es scheint sich demnach um eine unter der Haut geplatzte Vene zu handeln. Der Patientin wurde Bettruhe verordnet und auf den Tumor wurde ein steriler Watteverband gelegt.

Im Laufe der nächsten fünf Tage wird der Verband täglich erneuert, und der Tumor stößt sich in toto ab. Die Patientin kann das Bett verlassen und ihre gewohnten Arbeiten wieder verrichten. — Irgend welche Temperaturerhöhung wurde bei der Affektion nicht bemerkt.

Am 15. 11. 11 Uhr abends wurde sie mit guten Wehen auf den Kreißsal gelagert. Bei den vorgenommenen inneren Untersuchungen war nichts Anormales mehr an den inneren

Genitalien zu fühlen. Die Geburt verlief spontan nach 8 stündigem Kreißen.

Im zweiten zur Beobachtung gekommenen Fall handelt es sich um das 23jährige Hausmädchen F. A. aus Siebolds-hausen, das folgende Krankengeschichte hat.

Anamnese: Keine Heredität.

Frühere Krankheiten: Im vorigen Jahre Lungen- und Rippenfellentzündung.

Menses: Mitte Mai 1912 die letzte.

Geburten, Fehlgeburt, Wochenbettverlauf: 5. 2. 1912 spontane Geburt eines Knaben (Länge 45 cm, Gewicht 2050 g) nach siebenstündiger Wehentätigkeit. Am nächsten Morgen (6. 2. 12) bemerkt die Hebamme eine dunkle Anschwellung neben der Analfurche rechts.

Jetzige Beschwerden: Pat. fühlte an erwähnter Stelle Schmerzen, die jetzt nicht mehr bestehen. Vor zwei Tagen wurde eine Temperatur von 37,5°, gestern Abend 38,5° gemessen, deshalb wurde Pat. am 9. 2. 1912 in die Klinik eingeliefert.

Appetit: herabgesetzt.

Urin-Entleerung: Seit dem Partus Urinverhaltung, doch brauchte noch nicht katheterisiert zu werden.

Stuhl-Entleerung: regelmäßig.

Status praesens.

Allgemeinstatus: Mittelkräftig ernährtes Mädchen. Gesicht gerötet.

Reflexe o. B.

Lunge und Herz: o. B.

Puls: gut gefüllt und gespannt, kräftig beschleunigt.

Leib- und Bauchorgane: Fundus uteri steht fast am Nabel etwas mehr nach rechts. Die Gegend rechts vom Nabel aus ist etwas druckempfindlich.

Urin: klar und frei von Eiweiß und Zucker.

Brustdrüsen: Mittelkräftig straff gespannt, enthalten Milch.

Genital-Untersuchungsbefund: Status puerperalis. — Dammriß 2. Grades. Über dem Anus 11 cm auf den rechten Glutaeus übergreifend eine dunkelblaue Verfärbung der Haut von Dreiecksgestalt. Die Basis des Dreiecks liegt in der Analfurche, beginnt am Dammriß und überschreitet den Anus 10 cm von ihm entfernt. Die Haut in dem betroffenen Bezirke ist leicht gespannt nicht schmerzhaft, zeigt nirgends Fluktuation. Die Vulva klafft etwas. Der untersuchende Finger entdeckt eine sehr gespannte und vorgewölbte rechte Scheidenwand, die schwarzrot aussieht und die linke Scheidenwand stark eindrückt. Diese Schwellung reicht bis zur Portio, die kaum zu tasten ist, so sehr ist die Verwölbung hinderlich.

Therapie und klinischer Verlauf: Bettruhe, Secale 4 mal $^1/_2$ Theelöffel, Wein. Vor die Vulva Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

16. 3. 12. Die Patientin ist langsam entfiebert (vergleiche nebenstehende Kurve), fühlt sich subjektiv sehr wohl. Die äußere Anschwellung und Verfärbung ist ganz erheblich zurückgegangen. Secale bleibt fort.

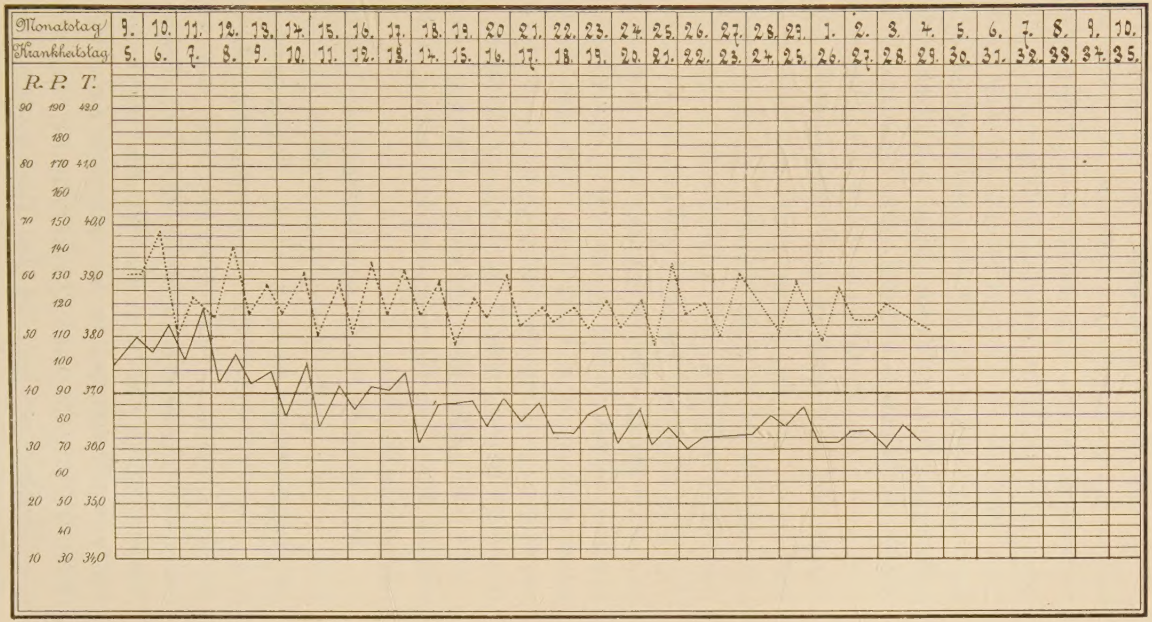
21. 3. 12. Da Patientin weiter blutet, so erhält sie die letzten drei Tage wieder Secale. Bei der vaginalen Untersuchung zeigt sich, daß das Haematom in die Scheide durchgebrochen ist. Auf Druck von der Scheide aus entleert sich reichlich Blutgerinnsel. Spülung der Scheide mit Oxycyanatlösung.

25. 3. 12. Der Blutabfluß aus der Scheide hat fast ganz aufgehört. Patientin fühlt sich subjektiv sehr wohl, steht heute auf.

## Entlassungsbefund und Erfolg.

4. 3. 12. Geheilt entlassen. Von der äußeren Verfärbung am Gesäß ist nur noch eine geringe Andeutung zu

Name: F. A.
Alter: 23 Jahr, luth.
Stand: Hausmädchen.
1912. Monat: Februar—März.



sehen. Die Vulva klafft leicht, der kleine Dammriß zeigt noch eine bohnengroße Granulationsfläche. Die linke Scheidenwand ist weich. Die rechte kaum noch vorgewölbt, fühlt sich härter an, diffus verdickt, speckig.

Etwa 3 cm hinter dem Introitus ist eine 1—2 cm lange zur Längsrichtung der Scheide parallel gestellte Vertiefung (rißartig) fühlbar, auf deren Grund sich offenbar gewöhnliche Scheidenschleimhaut befindet. Die Portio steht hoch, sieht nach vorn oben, Muttermund geschlossen. Uterus beweglich, schmerzfrei liegt gestreckt nach links hinten. Nach rechts und hinten von der Portio fühlt man eine in die Tiefe gehende, schmerzhafte Verdickung, die man zuerst für den retroflektierten Uterus hält. Die Grenzen dieser Verdickung, die die Fortsetzung der rechtsseitigen Scheidenwandverdickung, also die Haematomreste darstellt, sind nicht zu bestimmen. Vom Rectum aus ist diese Verdickung jedenfalls kaum fühlbar. Die Verdickung fühlt sich überall gleich resistent an. Nirgends Fluktuation. — Leib frei, ohne Schmerzhaftigkeit, ohne Dämpfung und Resistenz.

Diese beiden Fälle gaben Veranlassung, die Literatur auf die Fälle von Haematomen der Vulva und Vagina hin einmal durchzusehen.

Man kann die Haematome der Genitalien, die beschrieben sind, in zwei große Hauptgruppen teilen und zwar solche, die keinen Zusammenhang mit der Schwangerschaft haben, und solche der Gravidität. Die ersten sind fast nur traumatischen Ursprungs und entstehen nach den verschiedenartigsten Traumen wie direkter Schlag, Fall, Tritt, stürmisch ausgeführten Coitus u. a. m. Sie sind nicht anders anzusehen als Blutergüsse in das subkutane Zellgewebe anderer Körperstellen, die durch ein Trauma hervorgerufen sind.

Kommen wir nun zu den Haematomen, die während der Gravidität ohne Zusammenhang mit der Geburt und zu

denen, die während des Geburtsaktes oder kurz davor entstehen.

Die erste Art ist sehr selten, denn nach meiner Zusammenstellung (Tabelle 2) konnte ich von 150 Haematomfällen nur 16 Haematome ermitteln, die während der Schwangerschaft auftraten.

Von diesen 16 Fällen bilden wieder 7 eine Gruppe für sich und zwar kann man sie nach Reich »Gestielte Scheidenhaematome« nennen.

Um das Krankheitsbild und die Bezeichnung näher zu erläutern, lasse ich drei typische Fälle folgen.

H. Reich (Ref. Centralblatt f. Gyn., Bd. 5, S. 167. Ein Fall von gestieltem Scheidenhaematom). Ein 20 jähriges Dienstmädchen wurde im siebten Monat der Schwangerschaft nach einer großen Anstrengung von einer profusen Genitalblutung befallen. Bei der Untersuchung fand sich zwischen den Beinen der Kranken eine rundliche 10 cm im Durchmesser betragende, fleischklumpenartige Geschwulst an einem 15 cm langem Stiele, der in die Scheide hineinragte. Die Geschwulst bestand aus einem Sack, dessen Umhüllung sich in den Stiel und die Vagina fortsetzte und der mit Blutgerinnseln gefüllt war. Diese wurden nach Eröffnung der Geschwulst entleert und der leere Sack in die Scheide reponiert. Bei der 4 Wochen später erfolgenden künstlichen Geburt von Zwillingen wurde nur noch eine kleine Narbe an der hinteren Scheidenwand gefühlt.

Weiter berichtet Carl Fleischmann in der Prager Medizinischen Wochenschrift Nr. 36 von 1886 S. 341 über einen ähnlichen Fall. Es handelt sich um eine 20 jährige Erstgeschwängerte, bei der sich seit etwa 3 Wochen eine Geschwulst aus den Geschlechtsteilen hervordrängt. Eine Ursache dafür konnte sie nicht angeben. Es ergab sich bei der Untersuchung, daß die großen Labien von varicösen Venen

durchzogen waren. Aus der Vulva drängt sich eine beinahe hühnereigroße, rundliche, blauschwarze Geschwulst hervor, die breitgestielt von den mittleren zwei Vierteilen der wulstförmig vorspringenden hinteren Columna rugarum entspringt. Die Scheidenschleimhaut geht auf den Stiel und Tumor selbst über und zeigt an der Basis des Stiels das gewöhnliche Aussehen der Scheidenschleimhaut bei einer Schwangeren. Da der Tumor an einzelnen scharfumschriebenen Stellen ein mißfarbenes Aussehen hatte, so wurde von einer vaginalen Untersuchung abgesehen.

Therapie: Abwartend. Umschläge mit essigsaurer Tonerde und Einstäuben mit Jodoformpulver. Der Tumor verkleinert sich, die bedeckende Schleimhaut stößt sich ab. Die Geburt ging am 10. Tage nach der Aufnahme spontan vor sich.

Über den dritten Fall von Auvard wird im Centralblatt für Gyn. Bd. 15, S. 246 referiert. Es heißt dort: Ganz plötzlich zeigte sich bei einer an Varicen leidenden Schwangeren eine Geschwulst vor der Vulva. Sie inserierte mit einem Stiele in der Mittellinie der hinteren Scheidenwand. Therapie: Abwartende Behandlung. Die Geschwulst wurde kleiner und stieß sich nach einigen Tagen ab.

Auvard macht bei diesem Falle darauf aufmerksam, daß die gestielten Scheidenhaematome 2 charakteristische Zeichen haben, nämlich 1) den medianen Ursprung an der hinteren Scheidenwand, 2) Stielung der Geschwulst.

Für die Entstehung nimmt Auvard mit Budin an, daß diese Hämorrhagie innen in die Columna selbst statthat und daß ein unvollkommenes Verschwinden der Scheidewand der Müllerschen Gänge unter den ursächlichen Momenten eine Rolle spielt. Außer diesem ätiologischen Faktor kommen für das Entstehen noch andere mit in Betracht, die später bei der Ätiologie der während des Geburtsaktes entstandenen Haematome dargelegt werden.

Die größte Anzahl von Haematomen der Graviden, die beobachtet ist, entstanden kurz vor, während oder nach der Geburt. Soweit mir die Fälle in der Literatur zugängig waren, habe ich sie am Schlusse zusammen gestellt. Vorher sei es mir gestattet noch einiges über die Häufigkeit, Ätiologie, Symptome, Prognose und Verlauf sowie die Therapie zu sagen.

## Häufigkeit.

Auf Grund einer vorgenommenen Statistik schließt Winckel, daß auf 1600 Geburten ein Haematom kommt.

Sasonowa gibt in ihrem Studium über den Thrombus der Vulva und Vagina das Verhältnis 1 : 2375 an.

Beide Angaben weichen sehr von einander ab und ich glaube, daß man zu einer genaueren Angabe kommt, wenn man das ungefähre Mittel nämlich 1 : 2000 annimmt. Zu dieser Annahme bin ich um so mehr berechtigt, wenn ich die Prozentzahlen aus nachfolgender kurzer Statistik berechne:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bidder und Lutugin geben auf | 3285 | Geburten | 4 | Haematome |
| Bossi | 5060 | » | 2 | » |
| Charpentier | 1800 | » | 1 | » |
| Dubois | 14000 | » | 3 | » |
| Hecker | 17220 | » | 2 | » |
| Hugenberger | 14000 | » | 11 | » |
| Johnston und Sinclairs | 13748 | » | 7 | » |
| Lwoff | 2100 | » | 2 | » |
| Spiegelberg | 5000 | » | 5 | » |
| Wucher | 6000 | » | 4 | » |
| Bericht der Petersburger Entbindungsanstalt | 19396 | » | 8 | » |
| Wiener Bericht | 35291 | » | 18 | » |
| Bericht a. d. Kl. von Späth | 6000 | » | 4 | » |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gießener Frauenklinik | 5000 Geburten | 1 | Haematome |
| Marburger » | 5434 » | 5 | » |
| Welponer | 2340 » | 0 | » |

Der genaue Durchschnitt dieser Angaben ergibt auf 1995 Geburten 1 Haematom oder rund 1 : 2000.

## Ätiologie.

Während der Schwangerschaft erleidet der gesamte weibliche Organismus und besonders die Geschlechtsorgane solche Veränderung, daß die Schwangerschaft als Vorbedingung zur Bildung des Haematoms angesehen werden muß.

Weiter kommt es, wie M'Clintock sagt, während der Schwangerschaft zu einer solchen Hyperämie des Beckens und der weiblichen Genitalorgane, daß sie eine tiefblaue Farbe annehmen, die so charakteristisch ist, daß aus derselben auf eine Gravidität mitgeschlossen werden kann. Ferner wird durch den wachsenden Uterus der Abfluß des Blutes aus dem Becken durch Druck auf die Vena cava inf. behindert. Dieser Druck kann so stark sein, daß Ödeme und Varicen der Genitalien oder der unteren Extremitäten entstehen. Durch diese Ursachen kommt es in der Schwangerschaft nach Sasonowa zu anatomisch-histologischen Veränderungen der Gefäßwand, die teils aus einer Ernährungsveränderung der Gefäßwandung, teils aus einem Reichtum an neugebildeten Gefäßnetzen bestehen. Diese Veränderungen sind in jedem Falle der Schwangerschaft individuell verschieden, nicht allein nur bei einem Individuum sondern auch bei jeder neuen Schwangerschaft.

Um nun ein Haematom zustande kommen zu lassen, bedarf es außer den prädisponierten Gefäßen noch einer auslösenden Ursache, die sehr verschieden sein kann. Am häufigsten wird das sogenannte natürliche Geburtstrauma:

eine lange Geburt, bei der der Kopf lange im Becken stand, eine schnelle oder Sturzgeburt die Bildung eines Haematoms auslösen. Aber schon in vielen Fällen genügt eine einfache Wehe, der Durchtritt des Kopfes oder heftiges Pressen, daß die veränderte Gefäßwand reißt und es zur Haematombildung kommt.

Außer diesen gewissermaßen normalen Ursachen können aber künstliche Eingriffe, Allgemein- oder Organerkrankungen, die eine pathologische Veränderung der Gefäßwände zur Folge haben, als Grund für das Entstehen eines Haematoms angeführt werden.

Ob Erst- oder Mehrgebärende häufiger betroffen werden, ist noch eine strittige Frage. — Hervieux und Braun treten für das häufigere Vorkommen bei Erstgebärenden ein.

Spiegelberg dagegen glaubt, daß Mehrgebärende häufiger unter Haematomen zu leiden haben, da bei ihnen durch die mehrfachen Geburten eine größere Brüchigkeit der Gefäßwand vorhanden sei und diese zur Ruptur geeigneter mache. Sasonowa und Winckel bekennen sich ebenfalls zur Ansicht Spiegelbergs auf Grund ihrer statistischen Berechnungen, und zwar findet Sasonowa unter 85 Haematomen 23 Erst- und 41 Mehrgebärende. Winckel zählt bei 50 Haematomfällen 12 Erst- und 13 Mehrgebärende.

Auf Grund meiner Statistik kann ich mich zahlenmäßig beiden Autoren anschließen, denn unter 150 Fällen finde ich, soweit die Angaben gehen, 50 Erst- und 58 Mehrgebärende. Jedoch ist bei der Schlußfolgerung aus den Statistiken zu berücksichtigen, daß bei Sasonowa 21, bei Winckel 20, und bei mir 42 mal die Zahl der Geburten nicht angegeben ist. Diese fehlenden Fälle darf man nun nicht einfach beliebig verteilen, wie man es tut, wenn man nur die Schlußzahlen betrachtet. Ein wohl annähernd richtiges Bild erhält man, wenn man in Betracht zieht,

daß in den Anstalten, aus denen die Veröffentlichungen der Haematomfälle kommen, das Verhältnis der Erstgebärenden zu dem der Mehrgebärenden sich wie 1 : 1,7 verhält (Sasonowa). Wendet man dieses noch auf obige Zahlen an, so glaube ich, trifft man das Richtige, wenn man sagt, daß Mehrgebärende häufiger betroffen werden als Erstgebärende.

Was die Varicen als prädisponierendes Moment für die Bildung eines Haematoms anbetrifft, so kann man sagen, daß dieselben ihre Trägerinnen für die Entstehung eines Haematoms nicht geeigneter machen. Man geht aber auch zu weit, wenn man wie D'Outrepont behauptet, daß der variköse Zustand der Genitalien geradezu vor der Entstehung eines Haematoms schütze. Die Tatsachen sprechen gegen diese Behauptung, denn Scanzoni fand unter 15 Haematomen 1 mal, M'Clintock unter 38 Haematomen 2 mal, Winckel unter 50 Haematomen 6 mal Varicen. Aus meiner beigefügten Tabelle kann ich unter 150 Haematomen 9 mal Varicen verzeichnen.

Außer diesen Momenten können auch pathologisch veränderte Gefäßwände, wie sie durch Bluterkrankungen, durch Lungen-, Herz-, Leber- und Nierenkrankheiten bedingt sind, leichter zur Bildung von Blutgeschwülsten beitragen, wenn ein auslösendes Moment hinzukommt. Die Veröffentlichungen von Gireaux, Winckel und Benardeau geben für die einzelnen Fälle Beispiele dazu. Lwoff berichtet einen Fall, bei der eine ererbte Hämophilie als Grund angegeben wird. Diese Fälle stützen sehr die Hypothesen Sasonowas, daß die Hauptbedingung für das Zustandekommen des Haematoms, wie oben gesagt, die Veränderung der Gefäßwand ist, sei es durch Schwangerschaft, durch individuelle Vererbung oder durch Organkrankheiten.

Über die auslösenden Momente herrscht ebenfalls nicht eine Meinung.

Während Cazeaux, Girard und Hervieux auf eine lange Geburtsdauer und auf einen lange im unteren Beckenabschnitt stehenden Kopf hinweisen, führen Braun, Kucher und Spiegelberg die schnelle Geburt an, bei der die Weichteile schnell gedehnt werden. Wernich beschuldigt auch die Beendigung der Geburt durch Kunsthilfe, sei es durch die Zange oder durch die Wendung. Jeder Autor sucht sich bei seinem Falle das für ihn Zutreffende heraus.

Sieht man die beigefügte Tabelle durch, so findet man, daß die zuletzt angegebenen Ursachen nicht verallgemeinert werden dürfen auf alle Haematomfälle, denn unter 150 Fällen verliefen die meisten Geburten (107) normal ohne jeden Zwischenfall. Nur 15 mal wurde die Geburt durch Kunsthilfe beendet und zwar 11 mal durch Zange und 4 mal durch Wendung, 16 mal dauerte die Geburt sehr lange und 16 mal erfolgte eine sehr schnelle oder Sturzgeburt. Zwillingsgeburten sind für die Bildung eines Haematoms nicht anders zu bewerten als einfache Geburten.

Ob arterielle oder venöse Gefäße bei der Bildung beteiligt sind, ist nicht immer sicher zu sagen. Vor allem nicht, wenn das Haematom ganz entwickelt ist. Sicherlich können nur die einen oder nur die anderen beteiligt sein, aber es können auch Blutungen aus beiden Gefäßarten die Ursache sein. Winckel und andere Autoren treten für die letztere Behauptung auf Grund ihrer Beobachtungen ein.

Spiegelberg dagegen hält die Blutung für eine venöse, da er der Ansicht ist, daß die Venen während der Schwangerschaft den meisten Insulten ausgesetzt sind und dadurch leichter zerreißen.

Von der Lage der verletzten Gefäße hängt natürlich auch der Sitz des Haematoms ab. Meistens findet man dasselbe nur auf eine Seite beschränkt. In nur 5 Fällen von 150 sind beide großen Schamlippen betroffen. Die Tat-

sache der einseitigen Entwicklung wird gewissermaßen entwicklungsgeschichtlich erklärt, da die Gefäßversorgung nur von der einen Seite erfolgt und die Scheide von einem derben Bindegewebe in zwei Teile zerlegt wird. (Columna rugarum anterior resp. posterior.)

Welche Seite nun die öfter betroffene ist, wird bestritten. Da die erste Schädellage die häufigere ist, so nehmen einige Autoren an, daß die linksseitige Stauung die größte ist, und daß beim Durchschneiden des Kindskopfes die Gefäße der linken Seite mehr geschädigt würden. Nach Rotfuchs kann man diese Behauptung nicht aufrecht erhalten, denn er fand, daß in 48 Fällen 26 mal das Haematom rechts und 10 mal links saß. Aus meiner Statistik geht das Gleiche hervor (57 mal rechts und 49 mal links).

Die Zeit, wann die Haematome auftreten, ist sehr verschieden. Sie können schon sofort bei Beginn der Wehen sich zeigen oder es vergehen Tage, ja bis zu 14 und darüber, ehe sie sich entwickeln. Die beifolgende erste Zusammenstellung gibt darüber genauere Auskunft.

Welches die Ursachen über die Dauer des Entstehens sind, läßt sich nicht sagen.

## Symptome.

Häufig bildet sich ein Haematom ohne oder mit ganz geringen Schmerzen. In anderen Fällen und zwar meistens bei sehr großen Geschwülsten klagen die Patientinnen über heftige, stechende Schmerzen in der Genitalgegend oder in der Inguinalgegend; manchmal strahlen sie auch in das Bein der betroffenen Seite aus. Diese Schmerzen können mit oder vor dem Auftreten des Haematoms entstehen. Ihre Heftigkeit ist meist proportional der Größe der Geschwulst. Sie können so heftig sein, daß die Patientinnen sich nicht an-

zurühren oder im Bette umzudrehen wagen, bei jeder Bewegung schreien sie laut auf.

Bei großen Haematomen können auch alle Zeichen einer akuten Anämie wie Unruhe, Angst, Übelkeit, Erbrechen, Ohnmachtsanfälle, Blässe u. a. m. auftreten. Bei der Inspektion der Genitalen findet man meistens eine Geschwulst, die bisweilen die Größe eines Mannskopfes hat. Die Genitalseite und Decke des Tumors ist dunkelblau verfärbt. Die Geschwulst, deren Untersuchung meist sehr schmerzhaft ist, ist von prallelastischer Beschaffenheit und zeigt häufig Fluktuation. Durch die Größe kann das Haematom auf die benachbarten Organe wie Rektum und Blase drücken, und Verstopfung und Ischurie können die Folge sein. Weiter kann der Introitus vaginae verlegt und verschlossen sein, so daß eine vaginale Untersuchung unmöglich ist. Hierdurch kann einmal bei sofort nach der Ausstoßung des Kindes entstandenen Haematomen der Austritt der Placenta behindert sein, wie es in einem Falle von Vincent geschah (siehe die beigefügte Zusammenstellung) oder es kann auch noch durch ein großes Haematom der Abfluß der Lochien behindert werden, so daß dadurch eine Zersetzung derselben mit allen üblen Folgen eintritt.

## Diagnose.

Aus dem, was über die Symptome der Genitalhaematome gesagt ist, geht die Diagnose leicht hervor. Um noch einmal kurz die Hauptsymptome zu wiederholen, die die Diagnose Haematom sichern, so ist es: das plötzliche Erscheinen einer Geschwulst der Schamlippe der einen Seite, die schnelle Vergrößerung, die dunkelbläuliche Verfärbung der die Geschwulst deckenden Haut, der Schmerz, die Elastizität der Geschwulst mit Fluktuation, sowie endlich eine sich entwickelnde Anämie ohne einen anderen nachweisbaren

Grund. Entstehen Haematome unter den Augen des Arztes, so ist wohl eine Differentialdiagnose nicht nötig. Wird der Arzt später hinzugezogen, so kann es zu allerhand differentialdiagnostischen Schwierigkeiten kommen. Lwoff sagt, nicht nur in früheren Zeiten ist es vorgekommen, daß Haematome mit Varicen der Labien, mit Hernien oder mit einer Inversio uteri verwechselt worden sind, sondern es ereignen sich solche Irrtümer noch heute. Beispiele hierfür folgen.

Engelmann berichtet, daß er zu einer Kreißenden mit beiderseitigem Inguinalhernien gerufen sei; als der Kopf im Durchschneiden war, sei plötzlich, so berichtet die Hebamme, die linke Hernie bei einer heftigen Wehe herausgetreten und zugleich tief herab. Als er eine Stunde später hinzu kam, konstatierte er folgenden Befund: Das Kind geboren und abgenabelt, die Placenta noch in situ, keine Blutung. Das linke Labium maius zu einer sehr dicken Geschwulst ausgedehnt von annährend 7 cm Durchmesser. Die Haut über derselben stramm gespannt, glänzend, dunkelblaurot, hatte das Aussehen des vom Bauchfell bedeckten, längere Zeit eingeklemmten Darmes. Die Geschwulst zog sich in gleichmäßiger Ausdehnung wie eine dicke Wurst bis zum Leistenring. Dem Gefühl nach glich sie dem von Flüssigkeit und Gasen ausgedehnten Darme, so daß der Verfasser nicht daran zweifelte, es mit der durch die Anstrengung des Mitpressens gewaltsam bis in die Schamlippe gedrängten Hernie zu tun zu haben. Er versuchte vorsichtig die Taxis, die auch teilweise erfolgreich war. Plötzlich fühlte er an seinen Fingern, die den unteren Teil der Geschwulst umfaßten, Blut hervorrieseln und fand bei genauerem Zusehen, daß in der Haut ein kleiner Einriß entstanden war, aus dem dunkles Blut in Menge sich ergoß. Nun war die Diagnose klar, es handelt sich um Bluterguß in das linke Labium.

M'Clintock macht in seinem Buch »Diseases of women«

darauf aufmerksam, daß man bei der Diagnose eines Haematoms in Zweifel sein könne, ob es sich nicht um eine cystische, fibröse Neubildung oder eine Phlegmone handeln könne. Er schreibt, daß er mit einem anderen Arzte zu einer Frau im siebten Schwangerschaftsmonat gerufen wurde, bei dieser hatte sich ganz plötzlich ohne irgend eine Ursache eine Geschwulst am linken Labium gebildet. Ehe sie zu der sicheren Diagnose eines Haematoms gekommen wären, hätten sie an eine fibröse oder cystische Neubildung und an eine Phlegmone gedacht. Erst am folgenden Tage hätte ihre Diagnose die Bestätigung erfahren, da der Tumor aufgebrochen wäre und sich eine Menge Blutcoagula entleert hätte.

Weiter berichtet D'Outrepont von einem anderen Falle, in welchem ein Haematom von einer Hebamme für die Fruchtblase eines zweiten Kindes gehalten sei.

Aus den angeführten Tatsachen folgt, daß die Diagnose des Haematoms nicht in allen Fällen ohne Schwierigkeit ist.

## Therapie der Haematome.

Die Behandlung der Haematome ist keineswegs in jedem Falle die gleiche, sie mag aus der Literatur der Fälle zusammengestellt werden.

Da die Haematome meistens sehr plötzlich und unbemerkt entstehen, so ist eine vorbeugende Behandlung meist nicht möglich. Im gewissen Sinne kann man, wie Lwoff angibt, aber doch Prophylaxe treiben, wenn man Schwangeren mit starken Varicen der Genitalien rät, daß sie bei der Geburt einen Arzt hinzuziehen, damit derselbe bei einer längeren Austreibungszeit rechtzeitig Hilfe leistet. Denn bei reichlicher Varicenbildung und bei langdauernden oder mechanisch erschwerten Geburten kann es nach Angaben der verschiedensten Autoren, wenn auch selten, zur Bildung

von Haematomen kommen. Diese Haematome können leicht bersten und, ehe ärztliche Hilfe da ist, kann der Tod durch Verblutung eingetreten sein, wie Seulen einen Fall in v. Siebolds Journal mitteilt.

Auch kann durch eine geeignete Behandlung, wie Compression und Eisblase ein im Entstehen begriffenes Haematom an dem weiteren Wachsen gehindert werden, und damit kann das lästige Gefühl der Spannung sowie die dadurch bedingten Schmerzen auf ein Minimum reduziert werden.

Entsteht ein Haematom gleich zu Beginn der Wehentätigkeit und wird es so groß, daß es den nachfolgenden Kopf am Durchtreten hindert, so muß es unter den aseptischen Cautelen gespalten werden. Auf ärgere Blutungen braucht man kaum in diesem Falle gefaßt zu sein, denn der nachfolgende kindliche Kopf komprimiert die Gefäße. Nach der Geburt können dann alle notwendigen Eingriffe wie Umstechung der eventuell stärker blutenden Gefäße u. a. m. gemacht werden. Fruitnight (Journal of obstetr.) und Wegscheider berichten von je einem Falle (siehe die Zusammenstellung), bei dem durch ein Haematom, das vor der Geburt des Kindes entstanden war, der Geburtsakt erheblich verzögert wurde. In dem Falle von Fruitnight sprengte der kindliche Kopf die Geschwulst. Es trat keine Blutung ein, auch nicht nach der Geburt, da die Gefäße wohl schon durch die Thromben verschlossen waren.

Wegscheider gibt an, daß er gerade im Begriff war die Geschwulst zu punktieren, um die Geburt beenden zu können, als das Kind geboren wurde. Dabei blieb die Geschwulst unversehrt und schwand ohne Eiterung nach 8 Tagen.

Kommen wir nun zur Therapie der unter Geburt entstandenen Haematome, so ist die Ansicht der verschiedenen Autoren hierüber ganz auseinandergehend.

Löhlein und Sforza raten in allen Fällen die breite

Incision unter den aseptischen Vorsichtsmaßregeln. Der Einschnitt wird nach ihnen am besten von der Scheide aus angelegt.

Die meisten Gynäkologen, die sich mit der Therapie der Haematome befaßt haben (wie Scanzoni, Spiegelberg, Winckel, Ahlfeld), haben eine Behandlung angegeben, wie sie von Lwoff und Klautsch vorgeschlagen wird. In kurzen Worten mag dieselbe folgen:

Die Therapie läßt sich in drei Abschnitte zerlegen

1) die Behandlung vor der Eröffnung;
2) die Behandlung nach der Eröffnung und
3) Behandlung des Haematoms mit gangränöser Decke.

Wächst das Haematom nicht mehr, so verordnet man strenge Bettruhe, schützt das Haematom durch einen aseptischen trockenen Verband vor äußeren Verletzungen, sorgt für gute Reinigung der Geschlechtsorgane und achtet auf Blase und Mastdarm. Verkleinert sich das Haematom, so kann es resorbiert werden. Wenn die Resorption auch sehr lange dauert (Drejer berichtet solchen Fall, siehe Zusammenstellung), so entgeht man den Gefahren, die eine Incision mit sich bringen kann. Die Fälle der vollkommenen Resorption sind sehr selten. Im nächsten Abschnitt werden sie bei dem Ausgang der Haematome erwähnt werden.

In den häufigsten Fällen wird das Haematom eröffnet werden, sei es durch die Natur (Einriß) oder durch Incision. Manchmal braucht man den natürlichen Einriß nur zu vergrößern, um dadurch eine Entleerung der Blutcoagula vornehmen zu können. Die Höhle wird dann nach den Regeln der aseptischen Wundbehandlung versorgt.

Wird die Haut über dem Haematom durch die Spannung gangränös, oder hat eine Infektion des Blutsackes stattgehabt, so ist natürlich die Incision dringend indiziert. Ebenso muß die Geschwulst eröffnet werden, wenn durch

ihre Größe erhebliche Störungen, wie unerträgliche Schmerzen durch die Spannung oder durch Zurückhalten der Lochien ein Lochiokolpos oder Lochiometra entstehen.

Wesentlich für die Therapie ist natürlich auch die Größe des Tumors. Ganz kleine wird man kaum zu inzidieren brauchen, denn sie werden wohl ohne Komplikation resorbiert werden.

Um eine schnelle Heilung zu erzielen, raten Hugenberger, Scanzoni und Winckel den Mittelweg zwischen der sofortigen Incision und der konservativen Therapie zu wählen und den Tumor, falls er nicht platzen sollte, am 3.—4. Tage, wenn keine Nachblutung mehr zu befürchten ist, zu inzidieren und die Blutcoagula vorsichtig auszuräumen. Neben der lokalen, äußeren Behandlung muß natürlich auch eine innere und Allgemeintherapie einhergehen. Etwaigen Colapsgefahren muß mit Camphor, allzugroßen Schmerzen mit Morphium-Injektionen begegnet werden. Bei großem Blutverluste gibt man Kochsalzlösung als Infusion und Tropfklystier. Innerlich verordnet man Secale-infus und Mittel, von denen man annimmt, daß sie die Gerinnbarkeit des Blutes erhöhen, nämlich Gelatine und Chlorkalcium.

Ständiges Augenmerk richte man auf den Abfluß der Lochien und den Stand des Uterus.

## Prognose und Ausgang.

Die Prognose der Haematome richtet sich wohl in erster Linie nach ihrer Größe. Kleine werden wohl kaum zu irgend welchen Befürchtungen Anlaß geben. Dagegen ist für die großen Haematome die Prognose nicht so günstig zu stellen. Der Ausgang derselben kann sehr verschieden sein. Es kann das Haematom platzen und sofortiger Tod kann die Folge sein; oder aber es kann durch mehrmalige Blutungen die Patientin so geschwächt werden, daß der ge-

schwächte Körper eindringenden Mikroorganismen durch Infektion schnell zum Opfer fällt. Daß neben der Verblutung der Tod auch durch Luftembolie erfolgen kann, lehrt der Fall, wie ihn Kaufmann in seinem Lehrbuch der speziellen Pathologie berichtet. Kaufmann sezierte eine 29jährige Frau, bei der sich ein mit reichen Blutgerinnseln gefülltes, kleinfaustgroßes Haematom der Vagina infolge eines geplatzten Varix im Plexus utero-vaginalis entwickelt hatte. Das Haematom wölbte die hintere Scheidenwand halbkugelig in das Vaginallumen vor und war vorn mit einem zweifingerbreiten klaffenden Riß geborsten, profuse Blutung kombiniert mit Luftembolie verursachte den bald folgenden Tod.

Weiter kann es durch eine langdauernde Eiterung des Haematomsackes zu einer amyloiden Degeneration der inneren Organe kommen und so nach langem Krankenlager der Tod eintreten. Seit Einführung der Anti- und Asepsis hat sich die Prognose wesentlich gebessert.

Nachfolgende Tabelle möge die Häufigkeit der Todesfälle erläutern und zwar zählt

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Girard | unter | 120 | Haematom | 24 | Todesfälle, |
| Deneux | » | 60 | » | 22 | » |
| Winckel | » | 50 | » | 6 | » |
| Blot | » | 19 | » | 5 | » |
| Scanzoni | » | 16 | » | 1 | » |
| Hugenberger | » | 11 | » | 4 | » |
| Rothfuchs | » | 53 | » | 4 | » |

Unter den 150 Haematomen meiner Statistik finde ich 21 Todesfälle. Die Todesursache ist dabei in den folgenden Rubriken angegeben.

Nach Winckel nimmt man allgemein eine Sterblichkeitsziffer von 12 % an.

In den meisten Fällen wird der Ausgang aber ein günstigerer sein. Das Haematom wird perforieren oder vor-

sichtig indiziert, worauf dasselbe mit oder ohne erhebliche Eiterung vollständig heilen wird, oder aber es tritt in etwa 4 % der Fälle Heilung mit Fistelbildung ein, die aber durch geeignete Behandlung bald ausheilen wird. Daß auch in seltenen Fällen Resorption eintreten kann ohne Eröffnung, habe ich oben schon erwähnt. Die Tabelle gibt diese wenigen Fälle an. Noch einige Zusammenstellungen über den Ausgang der Haematome mögen folgen.

Nach Winckel

4 mal Resorption,
20 mal spontane Perforation beobachtet,
16 mal war Incision erfolgt.

Rothfuchs berichtet über den Ausgang von 48 Fällen.

2 mal vollkommene Resorption,
1 mal unvollkommene Resorption,
25 mal spontane Perforation,
19 mal Incision,
1 mal war kein Resultat angegeben.

Meine Resultate von 68 Fällen sind folgende:

4 mal vollkommene Resorption,
2 mal unvollkommene Resorption,
37 mal spontane Perforation,
23 mal Incision,
2 mal war kein Resultat angegeben.

Es folgen nun eine Zusammenstellung von 68 Haematomfällen und eine Statistik über 150 Haematome, wie ich sie mit Hilfe der mir zur Verfügung stehenden Literatur aufstellen konnte.

## Literatur.


1. Auward. Centralblatt f. Gyn. 15, S. 246.
2. Assaky. Centralblatt f. Gyn. 7, S. 415.
3. Braun-Fernwald. Lehrbuch der Gyn. 2. Aufl. Wien 1881.
4. Budin. Le Progrès Médical. Band 5. 1887 Paris. S. 437.
5. Bumm. Grundriß der Geburtshilfe. 4. Aufl. 1907.
6. Cazeaux. Art des Accomhments. Paris 1840. S. 519.
7. Chazau. Centralblatt f. Gyn. 13, S. 526.
8. Deneux. v. Siebolds Journal für Geburtshilfe 17, S. 665.
9. D'Outrepont. Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. 3.
10. Drejer. v. Siebolds Journal für Geburtshilfe 15, S. 173.
11. Düvelius. Archiv f. Gyn. Bd. 23.
12. Ehrendorfer. Archiv f. Gyn. Bd. 34.
13. Engelmann. Centralblatt 9, S. 212.
14. Ettinger. Centralblatt 14, S. 1180.
15. Fischer. Über das Haematom der Vulva. Inaug.-Dissert. Gießen 1898.
16. Fleischmann. Prager med. Wochenschrift 1886, Nr. 36.
17. v. Franqué. Wiener med. Presse 1865, Nr. 47, 48.

18. Fruitnight. Journal of Obstetrics. Bd. 17, 1884.
19. Füth. Centralblatt 16, S. 268.
20. Goldberg. Centralblatt 18, S. 723.
21. Gusserow. Archiv f. Gyn. Bd. 29.
22. Kaufmann. Spezielle pathologische Anatomie. Berlin 1909.
23. Klautsch. Münchener med. Wochenschrift 1896, Nr. 4.
24. Kucher. Wiener medizinische Presse 1878, Nr. 52.
25. Laborie. Archives generales de Médecine. Okt. bis Dezbr. 1860.
26. Lefranc. Ref. Centralblatt 20, S. 952.
27. Löhlein. Ref. Centralblatt 21, S. 267.
28. Lwoff. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. 13, S. 134.
29. v. Mars. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. 20, S. 107.
30. Martin. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gyn. Bd. 8.
31. Mc. Grew. Ref. Centralblatt 8, S, 471.
32. M'Clintock. Clinical on diseases of women. Dublin 1863, S. 273.
33. Mekerttschiantz. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gyn. Bd. 9, S. 343.
34. Merkel. Ref. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. 20, S. 132.
35. Murray. Journal of Obstetrics 1888. Bd. 21.
36. Netzel. Ref. Centralblatt 1, S. 188.
37. Painter. Medical Times and Gazette. Vol. 30. Aug. 1854.
38. Peters. Ref. Centralblatt 13, S. 603.
39. Porszi. Gyn. 1892.
40. Reich. Ref. Centralblatt 5, S. 167.
41. Rothfuchs. Über das Haematom der Vulva post partum. Inaug.-Diss. Marburg 1900.

42. Sasowowa. Anales de Gynécologie Tome 21. Dezember 1884.
43. Schauta. Gyn. 1. Teil, S. 557.
44. Seulen. v. Siebolds Journal. Bd. 9, S. 188.
45. Sforza. Centralblatt 24, S. 737.
46. Simon. Centralblatt 17, S. 60.
47. Spiegelberg. Geburtshilfe. 2. Teil, S. 631.
48. Vinay. Ref. Centralblatt 21, S. 198.
49. Vincent. Ref. Centralblatt 15, S. 841.
50. Veit. Handbuch der Gyn. 2. Aufl. 1910, Bd. 4, 2
51. Warszawski. Med. Centralblatt 17, S. 182.
52. Wegscheider. Verhandlung der Gesellschaft für Geburtsh. in Berlin. Bd. 5, S. 53.
53. Wernich. Haematom vulva et vaginae. Beiträge zur Geb. u. Gyn.
54. Winckel. Pathologie und Therapie d. Wochenb. 3. Aufl.
55. Wortmann. Über das Haematoma vulvae. Inaug.-Diss. Bonn 1905.

| Nr. | Autoren u. Quellen | Alter der Patientin | Zahl der Geburten | Dauer u. Verlauf der Entbindung | Zeit des Auftretens des Haematoms |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Chazau, S. Centralbl. 13 S. 526. | 25 | 2 | Spontan. | 1/2 Std. p. p. vor Geburt d. Placenta. |
| 2 | Peters. Centralbl. 13 S. 603. | ? | ? | Sturzgeburt. | ? |
| 3 | Auward. Ref. Centralbl. 15 S. 296. | ? | ? | ? | Schwangerschaft vor dem Partus. |
| 4 | Vincent. Ref. Centralbl. 15 S. 841. | ? | ? | ? | ? |
| 5 | Füth. I. Centralbl. 16 S. 268. | 27 | 3 | Zwillinge. Nach 7 st. Kreissen Geburt des ersten, 25 Std. p. derselb. Geburt des 2. durch Forceps. | 25. Std. p. p. des ersten. |
| 6 | Simon. M. Centralbl. 17 S. 60. | | 1 | 7 Std. Geburtsd. | 2 Std. p. p. |
| 7 | Warszawski, M. Centralbl. 18 S. 182. | 22 | 1 | 24 Std. spontan. | 11 Tage p. p. |
| 8 | Goldberg. A. Centralbl. 18 S. 723. | 20 | 1 | 3. Tage ohne Kunsthilfe. | 1 Std. p. p. |
| 9 | Ettinger. Centralbl. 19 S. 1180. | 24 | 1 | 12 Std. Wehen stark schmerzhaft rasch folgend. | 1 Std. p. p. |
| 10 | Lefranc. Ref. Centralbl. 20 S. 952. | ? | ? | Spontan. | 2 Std. p. p. |

| Sitz | Behandlung u. Ausgang | Bemerkungen |
|---|---|---|
| r. | Perforation bei der Entfernung der in der Scheide geborenen Placenta. Sich selbst überlassen unter Karbolumschlag. 8 Tage Fieber bis 39,6. Puls 120. Heilung nach 8 Wochen. | Kindskopf groß. |
| ? | Incision, Ausspülung, Drainage, Tamponade mit Jodofg. Heilung. | Kindskopf groß. |
| ? | Abwartend. Stößt sich ab. Heilung. | Thrombus der Scheide, gestielt. Verfasser gibt eine Erklärung für das Entstehen der gestielten Thromben. Varicen. |
| ? | Incision, Entleerung, Drainage, Tamponade, Temperaturabfall. Heilung per pr. in 10 Tagen. | Erwähnt noch anderen Fall, wo durch H. Schwierigkeiten bei der Austreibung der Placenta. |
| r. | Spontane Perforation am 4. Tage p. p. des 1. Zwilling. Desinf. Tamponade. Innerlich Alkohol, Aether-Camphorinj. Styptica. Heilung nach etwa 40 Tagen. | Starke Ödeme der äußeren Genit. und unteren Extremitäten. |
| l. | Spontane Perforation in derselben Nacht. Am folgenden Tage Spaltung. Tamponade. Heilung. | |
| | Abwartend. Am Tage nach Aufnahme 40 Fieber, daher Spaltung. Ausspülung, Tamponade. Heilung. Am 17. Tage entlassen. | Hochgradige Anämie. 11 Tage nach Entlassung trat Morbus macul. Werlh. auf. Heilung in zwei Monaten. |
| l. | Abwartend. Eisblase. Am 4. Tage platzte die Geschwulst. Keine Temperaturerhöhung. Völlige Heilung nach 2 Monaten. | Am Damm kleine, stecknadelkopfgroße Fistel 5 cm lang. |
| r. | Desinfektion, Eisblase, Morphium. Am 4. Tage Incision. Tamponade. Heilung in ca. 4 Wochen. | Kindskopfgroß. Keine Temperatur. Kopf stand nicht lange im Becken. |
| l. | Incision, Tamponade. Heilung. | Keine Varicen. Keine Affektion des Herzens und der Gef. Kein Forceps. |

| Nr. | Autoren u. Quellen | Alter der Patientin | Zahl der Geburten | Dauer u. Verlauf der Entbindung | Zeit des Auftretens des Haematoms |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Vinay.<br>Ref. Centralbl. 21. | 23 | ? | | 6 Monate gravide vor-Partus. |
| 12 | Netzel, W.<br>Centralbl. 1 S. 188. | ? | ? | Vor Partus. | ? |
| 13 | „ | ? | ? | Vor Partus. | ? |
| 14 | Reich, H.<br>Ref. Centralbl. 5 S. 167.<br>Ärztl. Mitteilungen a. Baden 1880 Nr. 24. | 20 | ? | ? | 7 Monate der Schwangerschaft v. Partus. |
| 15 | Grew, Mc.<br>Ref. Centralbl. 8 S. 471. | ? | ? | Normale Geburt. | 3 Tage p. p. |
| 16 | Engelmann, Friedr.<br>Centralbl. 9 S. 212. | 34 | 10 | Kopf im Durchschneiden. | Sofort p. p. vor Geburt d. Plac. |
| 17 | Assaky, G.<br>Ref. Centralbl. 12 S. 415. | ? | ? | Während Gravidität. | ? |

| Sitz | Behandlung u. Ausgang | Bemerkungen |
|---|---|---|
| r. | 48 Stunden abwartend. Incision, Tamponade. Heilung. | Nach einem epileptischen Anfall. Nach Heilung psychische Störungen. Gedächtnisschwäche, Delirien, Melancholie, Jodoformintoxikation? |
| ? | Incision ohne bedeutende Blutung. Entfernung der Coagula. Geburt durch Zange vollendet. Wochenbett normal. Bedeutender Verlust der Weichteile der großen Schamlippe. | Geburtshindernis. |
| ? | Incision, Entleerung. Geburt durch Zange beendet. Tamponade. Keine Nachblutung. Bis 6. Tag Wohlbefinden. Profuser Durchfall. 15. Tage Tod. | Kindskopfgroße Geschwulst. Geburtshindernis. Die Höhle reichte von Vagina und Blase bis zum Beckeneingang hinauf und setzte sich durch Incisura ischidiaca zwischen den Mm. glutaei fort, das Gewebe hier mißfarben mit stinkendem Eiter infiltriert. |
| ? | Eröffnung. Sack in die Scheide reponiert. Bei der 4 Wochen später erfolgten künstlichen Geburt von Zw. wurde nur noch eine kleine Narbe an der hinteren Scheidewand gefühlt. | 20j. Dienstm. gravide VII. mensis. nach größerer Anstrengung von einer profusen Genitalblutung befallen. Man fand eine rundliche 10 cm im Durchmesser fleischklumpenartige Geschwulst an 15 cm l. Stiele, der in die Scheide hineinragte. Sack mit Blutgerinnsel gefüllt. |
| l. | Abwartend. Umschläge mit schwachem Karbol. Nach 3 Tagen Spontanruptur. Ausräumung, Ausspülung. Keine Blutung. Heilung. | Orangegroß, sehr schmerzhaft. |
| l. | Bei versuchter Taxis einer l. Inguinalhernie Einriß, Ausspülung mit Sublimatl. Compression da Blutung. Sublimatverband. Heilung ohne Zwischenfall. | L. Unter- u. Oberschenkel starke Varicen. Beiderseitige Inguinalhernie, daher anfangs Verwechslung mit eingeklemmter Hernie. |
| ? | ? | ? |

| Nr. | Autoren u. Quellen | Alter der Patientin | Zahl der Geburten | Dauer u. Verlauf der Entbindung | Zeit des Auftretens des Haematoms |
|---|---|---|---|---|---|
| 18 | Klautsch, A. Münchener med. Wochenschrift 1896 Nr. 4. | 22 | 1 | Spontan. | 2 Std. p. p. |
| 19 | Mekerttschiantz. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 9 S. 343. | 30 | 7 | 4 Std. Sprengung der Blase, Kunsthilfe. | Sof. p. p. |
| 20 | Sforza. Centralbl. 24. | 22 | 1 | Sturzgeburt in sitzender Position. | Kurz p. p. |
| 21 | Löhlein. Centralbl. 1897. 21 S. 267. | ? | 2 | ? | 12 Std. p. p. |
| 22 | „ | 20 | ? | Sturzgeburt in sitzender Position. | $2^3/_4$ Std. p. p. |
| 23 | Mars, V. Monatssch. f. Geb. u. Gyn. 24 S. 102. | ? | ? | ? | 10 Std. |
| 24 | Merkel. Bericht des ärztlich. V.-Nürnberger Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 20 S. 132. | ? | ? | Forceps ohne Dammriß. | 8 Std. p. p. |
| 25 | „ | ? | | Spontan ohne Geburt. | ? |
| 26 | Rothfuchs. Inaug.-Dissert. Marburg 1900. | 19 | 1 | Angeblich normal. | 3 Tage p. p. |

| Sitz | Behandlung u. Ausgang | Bemerkungen |
|---|---|---|
| ? | Exitantien, Eisblase. Am 5. Tage bis 38,6° spontane Perforation. 8 Tage Spülung und Tamponade. Dann Scheidenspülung bis Heilung. 4 Wochen Heilung. | Keine Varicen. |
| l. | Abwartend. Am 5. Tage Incision. Ausspülung. Tamponade. Heilung nach 3 Wochen. | In den letzten 2 Schwangerschaftsmonaten Ödeme der Füße und Genitalien. Kind $15^1/_2$ Pfd. Länge 60 cm. |
| r. | 11 cm lange Incision. Auswaschung mit NaCl-Lösung. Heilung mit Fistel. Diese heilte ebenfalls nach Spaltung. | Enorme Ausdehnung. Verf. rät zu jedermaligen Incision. Am besten von Vagina aus. |
| l. | 10—12 cm langer Schnitt als Fortsetzung eines Schleimhautrisses. Ausräumung. Tamponade. Rasche Heilung. | Albuminurie. Nephritis mäßiges Ödem. |
| l. | 9 cm lange Spaltung. Ausräumung, Umstechung der Höhle. Tamponade. Geringe Temperatursteigung (Max. 38,5) in den ersten Tagen. | Einriß ins paraurethrale Gewebe. Faustgroß. Verf. rät zu aktiverem Vorgehen bei dem während der Geburt entstandenen Haematom. |
| ? | Spaltung. | Mannskopfgroß. |
| r. | Nach 3 Tagen spontan Durchbruch. Heilung. | |
| ? | Ging spontan zurück. | |
| l. | Bettr. Eisblase. Am 4. Tage 9 cm lange Incision. Ausspülung. Tamponade. In den ersten 9 Tagen Fieber. Heilung. | |

| Nr. | Autoren u. Quellen | Alter der Patientin | Zahl der Geburten | Dauer u. Verlauf der Entbindung | Zeit des Auftretens des Haematoms |
|---|---|---|---|---|---|
| 27 | Rothfuchs. Inaug.-Dissert. Marburg 1900. | 23 | 1 | $8^1/_2$ Std. fast schmerzlos. | ? |
| 28 | „ | 22 | 1 | Entwicklung des Kopfes durch Ritgenschen Handgriff. | ? |
| 29 | „ | 21 | 1 | $13^1/_2$ Std. Ein vortretender Schenkelbruch wird zurückgehalten. | ? |
| 30 | Ahlfeld. Zitiert b. Rothfuchs, Inaug.-Dissert. Marburg 1900. | 32 | 6 | Frühgeburt. Kind tot, daher Perforation. | Während d. Partus vor Perforation des Kindes. |
| 31 | Fischer, A. Inaug.-Diss. Giessen 1898. | 20 | 1 | Sturzgeburt,gebückte Stellung. | 2 Std. p. p. |
| 32 | M'Clintock. Diseasses of Women Dublin 1863. | 23 | 1 | Spontan. | Während der Geburt. |
| 33 | „ | 29 | 1 | 72 Std. | Sofort p. p. |
| 34 | Lwoff. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 13 S. 142. | 21 | 1 | Lange Geburt. | Vor Ausstoßung der Placenta. |
| 35 | „ | 25 | 3 | 5 Std. | Sofort p. p. |
| 36 | „ | 33 | 7 | 2 Std. Sprengung der Fruchtblase. | Während Durchtritt des Kopfes. |

| Sitz | Behandlung u. Ausgang | Bemerkungen |
|---|---|---|
| r. | Eisblase. Spontane Perforation im Wochenbett. Am 14. Tage stumpfe Erweiterung. Ausspülung. Tamponade. Heilung. | |
| Hint. Scheidenwand. | Eisblase. Auflegen von Jodoformg. Lochiokolpos. Bei der Entlassung Resorption bis ein Drittel der früheren Größe. | |
| ? Vor der Portio | Heilung. | |
| ? | Blutung bei Herausnahme des Perforatoriums. Kompression. Naht. Tod am 2. Tage p. p. an Sepsis. | Enges Becken. |
| l. | Heftige Schmerzen, daher sof. Incision. Umstechung der blutenden Gef. Kompression. Spülung. Heilung. | |
| l. | Am 4. Tage platzte das H. Heilung. | |
| Perineum. | Perforation nach einigen Tagen. Heilung. | Wallnußgroß. |
| r. | Eisumschläge. Am 3. Tage Incision wegen Infektion. Temperatur bis 39,3. In 5 Wochen Heilung. | |
| r. | Abwartende Behandlung. Am 11. Tage Perforation. Erweiterung. Kein Fieber. Spülung. Heilung. | Pat. leidet von Jugend auf an Nasenbluten. Ererbte Hämophilie. |
| r. | Perforation durch den durchtretenden Kopf. Ausspülungen. Kalte Umschläge. Heilung. | Varicen. Füße ödematös. Keine Schmerzen bei Bildung. |

| Nr. | Autoren u. Quellen | Alter der Patientin | Zahl der Geburten | Dauer u. Verlauf der Entbindung | Zeit des Auftretens des Haematoms |
|---|---|---|---|---|---|
| 37 | Lwoff. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 13 S. 142. | 39 | 12 | Normal spontan. | Bei der ersten Wehe. |
| 38 | „ | 18 | 1 | Sturzgeburt. | Sofort p. p. |
| 39 | D'Outrepont. Zeitschrift f. Gebk. 1828. 3 S. 430. | ? | 2 | Kopf stand mehrere Std. in Beckenhöhle. | Sofort p. p. |
| 40 | „ | ? | 2 | Forceps am nachfolgenden Kopf. | Sofort p. p. |
| 41 | „ | ? | ? | Kopf stand 48 Std. in Beckenhöhle. | ½ Std. p. p. |
| 42 | „ | ? | ? | ? | Sofort p. p. |
| 43 | Fruitnight. The American Journal of Obstetrics. Juli 1884 S. 740. | ? | ? | Geburt wurde durch Geschwulst erheblich verzögert. | Während des Partus. |
| 44 | „ | 33 | 6 | Spontan. | Kurz vor Geburt. |
| 45 | Painter. Medical Times and Gazette. London 1854 S. 185 BD. 30. | ? | ? | 4 Std. | Eintritt des Kopfes ins Becken. |
| 46 | Drejer. v. Siebold's Journ. f. Geb. u. Gyn. 1835 Bd. 15 S. 172. | 41 | 9 | Spontane Geb. nach 3stündiger gewaltsamer Geburtsanstrengung. | Einige Zeit p. p. |
| 47 | „ | 29 | 3 | 20 Std. | 6 Tage p. p. |

| Sitz | Behandlung u. Ausgang | Bemerkungen |
|---|---|---|
| r. | Beim Durchschneiden des Kopfes platzte das H. Keine Blutung. Kalte Umschläge. Jodoformpuderung. Heilung. | Bei jeder der 12 Geburten hatte sich gleich bei der ersten Wehe ein H. der r. Vulva gebildet. |
| l. | Resorption, nach 12 Tagen Heilung. | |
| l. | Perforation. Tamponade. Heilung in 14 Tagen. | Keine Varicen. |
| r. | Incision. Lösung der Placenta. 14 Tage eiterte die Wunde. Heilung nach 6 Wochen. | |
| l. | Incision. Tamponade. Heilung nach 4 Wochen. | Keine Varicen. Sehr großer Kopf. Gewicht des Kindes 6000 g. |
| ? | Spontane Perforation am 4. Tage. Heilung nach 3 Monaten. | |
| r. | Kopf sprengt das H. Behandlung mit Antisepticis. Jodoform. Heilung. | |
| r. | Am 4. Tage nach warmen Umschlägen spontane Perforation. Behandlung wie oben. Heilung. | |
| l. | Plötzliche Perforation beim Pressen. Blutung, Kompression, Verband. Heilung. | Keine Varicen. |
| r. | Kompression durch Bruchband. Perforation nach 8 Tagen. Heilung 14 Tage nach Perforation. | Heftige Schmerzen. Reposition des H. gelang unter schlürfendem Geräusch. Kindskopfgroß. |
| r. | Zerteilende Mittel. Resorption. Nach 5 Monaten ist das faustgroße H. nur noch hühnereigroß. Keine Beschwerden. | Schmerzen schon am 1. Tage p. p. an den Genitalien. |

| Nr. | Autoren u. Quellen | Alter der Patientin | Zahl der Geburten | Dauer u. Verlauf der Entbindung | Zeit des Auftretens des Haematoms |
|---|---|---|---|---|---|
| 48 | Wegscheider. Verhandlungen der Gesellschaft f. Gebh. Berlin 1852 Heft 5 S. 53. | ? | 1 | ? | Während des Durchschneiden d. Kopfes. |
| 49 | „ | ? | ? | Geburtsdauer? Die Geschwulst verzögert die Geburt um 1 Std. | ? |
| 50 | Seulen. v. Siebold's Journal 9. 1830. 3. 188. | 33 | 5 | Schon bei Beginn der Wehen war das H. entstanden. Es platzte u. eine nicht zu stillende Blutung war entstanden. Extraktion. | Zu Beginn der Wehentätigkeit. |
| 51 | von Franqué. Wiener med. Presse 1865. | ? | 2 | Während des Kreissens. | 2 Std. nach Geburtbeginn. |
| 52 | „ | ? | ? | 8 Std. normal. | 1 Std. p. p. |
| 53 | v. Weckbecher. Stunefeld. Centralbl. 3. 1879. S. 578. | 32 | 1 | $13^1/_2$ Std. spontan. | Sofort p. p. |
| 54 | Sommerville, R. Centralbl. 5. 1887 S. 584. | ? | ? | ? | ? |
| 55 | Dill. Centralbl. 11 S. 296. | 20 | 1 | Spontan. | ? |
| 56 | Ligterick. Centralbl. 1890. 14 S. 84. | 24 | 5 | $^1/_2$ Std. | 1 Std. p. p. |

| Sitz | Behandlung u. Ausgang | Bemerkungen |
|---|---|---|
| Perineum. | Die Geschwulst verlor sich. Heilung. | Als die Frau nach 12 Tagen das Bett verließ, trat Senkung der Gebärmutter mit Vorfall der vorderen Scheidenwand ein. |
| Große Schamlippe. | Die Geschwulst schwand ohne Eiterung innerhalb von 8 Tagen. | Faustgroß. Varicen. |
| l. | Analeptica gegen die Erschöpfung. Tod infolge starken Blutverlustes. H. platzte. | Dicke Krampfadern. Kindskopfgroß. Das Kind wog 13 Pfd. |
| l. | Kompression durch Schwamm (Essig). Analeptica gegen die Ohnmachtsanfälle. Tod an Verblutung. | Kind war abgestorben. Entwicklung mittels Zange. |
| l. | Kalte Umschläge. Am folgenden Tage Incision. Baldige Heilung. | Heftige Schmerzen. Mannsfaustgroß. |
| r. | Ölumschläge. Am 4. Tage Perforation. Heilung am 15. Tage. | |
| l. | Am 4. Tage spontan. Perforation. Ausspülung. Schnelle Heilung. | 3 Tage wegen Kompression der Urethra katheterisieren. |
| r. Sp. | Spontane Ruptur während des Entstehens. Tamponade. Heilung. | Die Ecchimose reichte bis zum Knie hinab, am Abdomen beiderseits bis zur Nabelhöhe, rechts sogar bis in die Achselhöhe. |
| l. | Eisblase. Vaginalausspülungen. Ergotin Morphium. Spontane Perforation mit breiter Incision am 6. Tage. Heilung nach 4 Wochen. | Keine Varicen. |

| Nr. | Autoren u. Quellen | Alter der Patientin | Zahl der Geburten | Dauer u. Verlauf der Entbindung | Zeit des Auftretens des Haematoms |
|---|---|---|---|---|---|
| 57 | Lefranc. L'abeille méd. 1896 Nr. 21. | ? | ? | Spontan. | 2 Std. p. p. |
| 58 | Mann. Jahrbuch der Gebh. u. Gyn. 1892 S. 289. | ? | ? | Leichte und normale Geburt. | Sofort p. p. |
| 59 | Pereymond. Annales de Gyn. 24. 1888 S. a 8. | 20 | 1 | Entwicklung des Kopfes war schmerzhaft und dauerte lange. | Sofort p. p. |
| 60 | Bidder u. Lutugin. Klinisch. Bericht S. 137. | 29 | 4 | Geburt d. Zwillinge dauerte $1^1/_2$ Std. | 6 Tage p. p. |
| 61 | Kucher. Wiener med. Wochenschrift 1878 Nr. 52 S. 1371. | 21 | 1 | $2^1/_4$ Std. | 2 Std. p. p. |
| 62 | Schneider. Siebold's Journal 1831. 11 S. 105. | ? | 6 | Spontan. Nachdem wegen Wehenmangel Ergotin gegeben. | $^1/_4$ Std. p. p. d. 1. Zwillings, bei der Extraktion des 2. |
| 63 | „ | 15 | ? | ? | ? |
| 64 | „ | ? | 3 | Kunsthilfe. | 14 Tage p. p. |
| 65 | Burger. Neue Zeitschrift f. Gebk. 1836 S. 136. | ? | | Langsame aber regelm. Geburt. | Einige Zeit p. p. |
| 66 | Genth. Neue Zeitschrift f. Geburtsk. 1848. 24 S. 79. | 31 | 3 | 8 Std. spontan. | 1 Std. p. p. |

| Sitz | Behandlung u. Ausgang | Bemerkungen |
|---|---|---|
| r. | Incision, Tamponade. Heilung. | Keine Varicen. |
| ? | Spontane Perforation. Tamponade. Heilung. | |
| r. | Eisblase, Ergotin. Am folgenden Tage spontane Perforation. Antiseptische Ausspülung. Heilung nach 72 Tagen. | |
| r. | 2 Tage nach Entstehung des H. Incision. Starke Blutung, zunehmende Schwellung der Schamlippe. Exitus 9. Tage p. p. | Das H. tritt erst nach eingetretener Septikämie auf. Verf. stellt diesen Fall den Tumoren an die Seite, die z. B. nach Typhus an den Bauchdecken entstehen. |
| r. | Eisblase. Spontane Perforation am folgenden Tage. Heilung nach 25 Tagen. | |
| r. | Noch während des Entstehens spontane Perforation. | |
| beide. | Incision. | Die Hebamme hatte die Kreissende in die Schamlippe gekniffen. |
| r. | Incision. | |
| l. | Spontane Perforation während d. Entstehens. Eisblase, Desinfektion, Tamponade. Heilung in wenigen Tagen. | |
| l. | Kalte Umschläge, nach 5 Tagen spontane Perforation. Heilung. | |

| Nr. | Autoren u. Quellen | Alter der Patientin | Zahl der Geburten | Dauer u. Verlauf der Entbindung | Zeit des Auftretens des Haematoms |
|---|---|---|---|---|---|
| 67 | v. Siebold. Neue Zeitschrift f. Geburtsk. 1851. 24 S. 218. | ? | 1 | 9 Std. | Sofort p. p. |
| 68 | Jacquemier. Annales de Gynecol. 1884. 2 S. 454. | ? | ? | Wendung und Extraktion des 2. Zwillings. | p. p. des 1. Zwillings. |

| Sitz | Behandlung u. Ausgang | Bemerkungen |
|---|---|---|
| r. | Warme Umschläge. Spontane Perforation am folgenden Tage. Heilung in etwa 4 Wochen. | |
| l. | 3 Wochen lang übelriechende Eiterung. Tod am 40. Tage. | |

## Lebenslauf.

Am 3. September 1883 wurde ich, Paul Konrad Hermann Zimmermann zu Braunschweig geboren. Ich besuchte zunächst die Bürgerschule meiner Heimatstadt. Dann das Herzogl. Realgymnasium daselbst, dieses verließ ich Ostern 1903 aus der Obersekunda. Ostern 1907 erhielt ich das Reifezeugnis der Städt. Oberrealschule Braunschweig.

Ich widmete mich dem Studium der Medizin, und zwar studierte ich 3 Semester (S.S. 1907—S.S. 1908) in München, 4 Semester (W.S. 1908/09—S.S. 1910) in Greifswald und 3 Semester (W.S. 1910/11—W.S. 1911/12) in Göttingen. Im Juli 1909 bestand ich in Greifswald meine ärztliche Vorprüfung. Vom 1. Oktober 1909 bis 1. April 1910 genügte ich bei dem 3. Bataillon des Infanterie-Regiment Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pomm.) Nr. 42 in Greifswald meiner Dienstpflicht mit der Waffe.

Im Juli 1912 bestand ich in Göttingen das ärztliche Staatsexamen.

An den Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten nahm ich teil:

In München: Hofmann, Hahn, Mollier, Röntgen, Rückert, von Baeyer, Hertwig, Notthaft, Goebel, Cremer, Weinland, Barlow.

In Greifswald: Kallius, Mangold, Peter, Bleibtreu, Auwers, Schütt, Müller, Esch, Grawitz, Payer, Kroemer, Peiper, Groß, Steyrer, Heller, Gebb, Hoffmann.

In Göttingen: Hirsch, Braun, von Hippel, Jung, Heubner, Rosenthal, Lochte, Göppert, Kaufmann, Lichwitz, Loeb, Damsch, Creite, Schieck, Bürkner, Cramer, Voit, Port, Doering, Eichelberg, Stich.

Zum Schluß habe ich noch die angenehme Aufgabe Herrn Prof. Jung für die gütige Überweisung der Arbeit meinen ganz ergebenen Dank auszusprechen.

## Statistik der Haematome der Vulva und Vagina.

| Nr. | Autor und Quellen. | 1 Zahl der Haematome | 2 der rechten großen Schamlippe | 3 dito und Vagina | 4 der linken großen Schamlippe | 5 dito und Vagina | 6 der Vagina allein | 7 der beiden großen Schamlippen | 8 Erstgebärende | 9 Mehrgebärende | 10 Einfache Entbindungen | 11 Während der Schwangerschaft | 12 Während d. Eröffnungsperiode | 13 Während d. Austreibungsperiode | 14 Nach Geburt der Plaenta | 15 bedingt durch die Bildung des Haematoms: Incision | 16 bedingt durch die Bildung des Haematoms: Extraktion | 17 bedingt durch die Bildung des Haematoms: Zange | 18 bedingt durch die Bildung des Haematoms: Wendung | 19 Operationen, die vor der Bildung des Haematoms gemacht: Zange | 20 Operationen, die vor der Bildung des Haematoms gemacht: Wendung | 21 Enges Becken | 22 Querlage | 23 Gesichtslage | 24 Herzkrankheit | 25 Heilung | 26 Tod | 27 Tod an Septikaemie | 28 Tod an Verblutung | 29 Tod an Uterusruptur | 30 Zwillinge | 31 Vor der Geburt des 1. Kindes | 32 Zwischen der Geburt des 1. u. 2. Kindes | 33 Nach der Geburt des 2. Kindes | 34 Während der Zwillingsschwangerschaft | 35 Varicen | 36 Schnelle Niederkunft | 37 Lange Geburt | 38 Hydrammion |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Seulen. Siebolds Journal IX 1830 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | | | | |
| 2 | Schneider. Siebolds Journal XI 1831 | 4 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 4 | 3 | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 3 | Mme Lachapelle. Pratique des accouchements | 3 | — | — | 2 | — | — | — | 2 | — | 3 | — | — | 2 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | | | | | | | | | | | |
| 4 | Haase. Neue Zeitschrift für Geburtskunde 1835 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 5 | Burger. dito IV 1836 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 6 | Lubanskie. dito XX 146 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | | | | | | | | | |
| 7 | Jacquemier. Manuel des accouchements 1846 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | 1 | | | | |
| 8 | Genth. Neue Zeitschrift für Geburtskunde 1848 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 9 | Mme Renard. Union medicale 1850 Decembre | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | | | | | | | | | | | |
| 10 | Bossi. Schmidts Jahrbücher 118. 1863 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 11 | Hugenberger. Petersburger med. Zeitschrift IX 1865 | 11 | 3 | — | 2 | 3 | — | — | 4 | 7 | 10 | 1 | 1 | 2 | 6 | 1 | 1 | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — | 7 | 4 | 2 | 2 | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 3 | |
| 12 | Franqué. Wiener med. Presse 47 u. 48. 1865 | 2 | — | — | 2 | 1 | — | — | — | 2 | 2 | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | | | |
| 13 | Scanzoni. Lehrbuch der Geburtshilfe BII 1867 | 15 | 2 | — | 8 | — | 5 | — | — | — | 14 | — | — | 8 | 6 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 14 | 1 | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 4 | |
| 14 | Hervieux. Traité clinique 1870 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | | |
| 15 | Bericht der Kaiserlichen Geburtshilflichen Klinik der Findlinge zu Petersburg 1840—71 | 4 | 2 | 1 | — | — | — | 1 | 2 | 2 | 3 | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — |
| 16 | Floegl. Wiener medic. Presse 25. 1870 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 17 | Girard. Mittel zum Studium der Thromben. Thèse 1874 | 9 | — | — | — | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 8 | — | — | 5 | 3 | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 | — | 5 | 4 | 3 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 18 | Winckel. Pathologie und Therapie des Wochenbettes | 4 | 2 | 1 | 1 | — | — | — | 1 | 3 | 4 | 1 | — | — | 3 | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | 1 | 4 | | | | | | | | | | | |
| 19 | Bericht der Geburtshilflichen Klinik zu Petersburg 1873—76 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 20 | Dito 1877—1880 | 6 | 2 | — | 3 | — | 1 | — | 2 | 4 | 5 | 1 | — | 1 | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 | 2 | 1 | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 | |
| 21 | Wernich. Beiträge für Geburtshilfe und Gynaekologie III 1874 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | |
| 22 | Kucher. Wiener medic. Presse 1878. 52 | 4 | 2 | 1 | — | — | — | — | 2 | 2 | 3 | — | 1 | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 | 1 | |
| 23 | Boronow. Schmidts Jahrb. 1879. 182 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | | |
| 24 | Centralblatt 1879 Nr. 7 Ref. Rossow | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | |
| 25 | Schmidts Jahrbuch 1881. 191 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 26 | Hecker. Beobachtungen u. Untersuchungen, München 1859—79 | 2 | 1 | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | 2 | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 | 1 | | | | | | | | | | | |
| 27 | Kormann. Jahresbericht von Virchow u. Hirsch II 1881 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 28 | M. Lebedeff. Geburtsbericht des Pokrowahauses zu Petersburg 1876—78 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | |
| 29 | M. Jastreboff „erwähnt bei Sasonoff“ 1880 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 30 | Stocker Correspondenzbl. für Schweizer Ärzte 1881 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | J. Grammatikati. Journal 119 des Pokrowahauses 1882 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| 32 | M. Sasonoff. Etude sur l'haematome | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | 1 | | | | |
| 33 | Chazan. Centralblatt XIII | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 34 | Peters. dito XIII | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | |
| 35 | Auward. dito XV | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | |
| 36 | Vincent. dito XV | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 37 | J. Feith. dito XVI | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 | | | | | |
| 38 | Simon. dito XVII | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 39 | Warszawski. dito XVII | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 40 | Goldberg. dito XVIII | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| 41 | Ettinger. dito XIX | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 42 | Lefranc. dito XX | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| 43 | Vinay. dito XXI | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 44 | W. Netzel. dito I | 2 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | | | | | | | | | | | |
| 45 | Mai Grew. Ref. Centralblatt VIII St. 471 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 46 | Friedrich Engelmann. Centralblatt IX S. 212 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | |
| 47 | G. Assaky. Ref. Centralblatt XII S. 415 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | A. Klautsch. Münch. medic. Wochenschrift 1896 Nr. 4 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 49 | Mekkerttschiantz. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. IX | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 50 | Sforza. Centralblatt XXIV | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| 51 | Loehlein. dito XXI | 2 | — | — | 2 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 2 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | |
| 52 | Merkel. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. XX S. 132 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 2 | | | | | | | | | | | |
| 53 | Rotfuchs. Inaug.-Dissertation. Marburg 1900 | 5 | 2 | — | 1 | — | 2 | — | 4 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 4 | 1 | 1 | | | | | | | | | | |
| 54 | M'Clintock. Diseases of women 1863 Dublin | 6 | 2 | — | 3 | — | 1 | 1 | 2 | — | 2 | 3 | — | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 6 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| 55 | Fruitnight. American-Journal of obstel July 1884 | 2 | 2 | — | — | — | — | — | — | 1 | 2 | — | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | | | | | | | | | | | |
| 56 | Painter. Medical Times u. Gazette Juli-Dezb. 1854 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 57 | D'Outrepont. Deutsche Zeitschrift für Geburtskunde 1828. Bd. 5 | 4 | 1 | — | 2 | — | — | — | — | 2 | 3 | — | — | — | 4 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 4 | | | | | | | | | | | |
| 58 | Fischer. Inaug.-Dissert. Gießen 1898 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| 59 | Ehrendorfer. Archiv f. Gyn 34 1889 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 60 | Wegschneider. Verhdlg. der Gesell. f. Geburtshilfe 1852. Bd. 5 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| 61 | Drejer. v. Siebolds Journal XV 1835 | 2 | 2 | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | | | | | | | | | | | |
| 62 | J. Lwoff. Zeitschrift für Geburtshilfe XIII 1886 | 5 | 4 | — | — | 1 | — | — | 2 | 3 | 5 | — | — | 1 | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 5 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 2 | 1 |
| 63 | v. Weckbecker. Sternefeld-Centralblatt 1879 III | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 64 | Dill. Centralblatt XI 1887. S. 296 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 65 | Frommer. dito XIII 1889 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 66 | Ligterick. dito XIV 1890 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 67 | Perreymont. Annales de Gyn. XXIX | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| 68 | Bidder und Lutugin. Klinischer Bericht | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 | | | |
| 69 | v. Siebold. Neue Zeitschrift für Geburtskunde 1851 XXIX | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| 70 | Fleischmann. Prager gesammelte med. Wochenschrift 1886. Nr. 36 | 5 | — | — | — | — | 5 | — | 5 | — | — | 5 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 5 | | | | | | | | | | | |
| 71 | Budin. Le progrès medical 1887. 28. Mai | 1 | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | | | | | | | | | | | |
| | | 150 | 46 | 11 | 41 | 8 | 19 | 5 | 50 | 58 | 107 | 16 | 5 | 34 | 69 | 8 | 1 | 5 | 3 | 11 | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 120 | 21 | 12 | 6 | 2 | 12 | — | 7 | 4 | 1 | 9 | 16 | 16 | 1 |